

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°144

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS IODOFORMÉES
DANS LE TRAITEMENT
DES BUBONS CHANCRELLEUX SUPPURÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1920

PAR

FARAH (Spiro)

Né à Alexandrie (Égypte), le 24 février 1894

Ancien interne des hôpitaux de Nîmes

Ancien interne intérimaire des hôpitaux de Montpellier

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{ VEDEL, Profes. adjoint, *Président*.
BOSC, professeur
SOUBEYRAN, agrégé libre. } *Assesseurs*
GAUSSEL, agrégé.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS IODOFORMÉES
DANS LE TRAITEMENT
DES BUBONS CHANCRELLEUX SUPPURÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°144

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS IODOFORMÉES
DANS LE TRAITEMENT
DES BUBONS CHANCERELLEUX SUPPURÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1920

PAR

FARAH (Spiro)

Né à Alexandrie (Égypte), le 24 février 1894

Ancien interne des hôpitaux de Nîmes

Ancien interne intérimaire des hôpitaux de Montpellier

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{	VEDEL, profes. adjoint, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	BOSC, professeur.		
	SOUBEYRAN, agrégé libre.		
	GAUSSEL, agrégé.		

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
N.....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRE (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☼).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (☼).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱ ☼), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ ☼, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱ ☼) (D ^r) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (✱) ch. d'ag.
GAUSSEL (✱ ☼).	J. DELMAS (☼).	
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. VEDEL, prof. adj., présid^t; BOSC, profes.; SOUBEYRAN, agr. libre;
GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon amour
filial.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE AMIN TAHAN

PHARMACIEN-CHIMISTE

*Témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

S. FARAH.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

*Hommage de parfaite gratitude pour
le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre thèse
et pour le bienveillant intérêt qu'il nous
a témoigné en mettant à notre disposi-
tion les malades de son service.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

S. FARAH.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS IODOFORMÉES
DANS LE TRAITEMENT
DES BUBONS CHANCRELLEUX SUPPURÉS

INTRODUCTION

Le bubon suppuré d'origine chancreuse est une des affections les plus intéressantes, étant donné sa fréquence, tant en clientèle privée que dans les hôpitaux. Les statistiques des médecins coloniaux indiquent que les pays chauds en sont les plus infestés.

Étant appelé à exercer la médecine dans ces pays, nous avons tenu à étudier cette question qui passionne les médecins comme les spécialistes et dont chaque jour nous apporte de nouvelles méthodes de traitement. De ces divers procédés nous ne retiendrons que ceux qui nous ont paru les plus pratiques, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue du résultat.

Le chancre mou est suivi du bubon dans plus de la moitié des cas; des statistiques de Jullien il résulte que, sur 2698 chancres, 1547 ont été accompagnés du bubon, soit une proportion de 57 p. 100.

Le bubon est le plus souvent monoganglionnaire, accompagné d'empâtement et d'adhérences de la peau avec tous les signes d'un adéno-phlegmon plus ou moins aigu. Quand on l'ouvre au début, on trouve un pus profond, épais, jaune-verdâtre ; si la ponction est tardive, le pus est plus liquide, roux, café au lait, mêlé de fongosités. Avec les anciens traitements, les trois quarts environ des bubons consécutifs à des chancres mous deviennent chancreux après l'incision. Ils prennent alors un aspect caractéristique : fond déchiqueté et vermoulu, bords taillés à pic festonnés et décollés, pus sanieux, fétide, douleurs cuisantes pendant toute la période d'ulcération progressive ; enfin, caractère pathognomonique, ils deviennent inoculables : une goutte de pus du bubon ainsi transformé portée dans la peau donne naissance à un chancre mou parfaitement semblable au chancre initial et inoculable comme lui-même.

Cette transformation chancreuse entraîne des complications multiples : ulcération progressive, décollement, gangrène moléculaire, suppuration prolongée, et par suite guérison très lente et cicatrisation vicieuse.

Le principal souci du médecin qui traite un bubon sera donc d'éviter cette transformation chancreuse. Or, pour l'éviter, il faut en connaître les conditions, qui consistent à mettre à coup sûr le bubon à l'abri d'une inoculation secondaire. Nous exposerons ce procédé dans un autre chapitre.

Notre étude n'aura pour objet que le traitement du bubon vénérien non compliqué ; nous négligerons de parti pris celui des autres adénites inguinales, ainsi que celui des complications du bubon proprement dit, dont les principales sont la chancrellisation secondaire et le phagédénisme.

Mais, avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Vedel qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le doyen Mairet, chef du service des maladies nerveuses, ainsi que M. Durante, reçoivent l'assurance de nos meilleurs sentiments pour les conseils éclairés qu'ils nous ont prodigués et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant toute la durée de notre internat dans leurs services.

Nous n'oublierons jamais le brillant enseignement que nous avons reçu de nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Montpellier.

Nos remerciements vont également à nos maîtres des hôpitaux de Nîmes, dont nous avons été l'interne pendant plus d'un an, pour la part qu'ils ont prise à notre instruction médicale.

Nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à M. Izard, secrétaire de la Faculté de médecine, qui s'est toujours montré bienveillant à notre égard.

Nos camarades et amis Pierre Siméon, interne du service de vénéréologie, et le docteur Constantin Tzélépoglou se sont mis à notre disposition avec le plus grand empressement ; nous sommes heureux de leur adresser ici l'expression de notre sincère gratitude :

HISTORIQUE

Le bubon consécutif au chancre mou est très fréquent; il complique la chancrelle, à peu près dans la moitié des cas, et il suppure toujours; généralement d'ailleurs cette suppuration est primitivement banale et serait peu grave si, non traité ou mal traité, le bubon ne devenait fréquemment virulent.

Dans ce but, une foule de procédés ont été préconisés pour éviter les complications et les interminables fistules. Chacun de ces procédés à eu son époque.

Pour mieux faire ressortir l'avantage de notre procédé, nous croyons utile de passer rapidement en revue les principales méthodes qui ont paru donner des résultats satisfaisants.

Dès l'abord, une classification thérapeutique s'impose; nous diviserons les différents traitements en :

- 1° Traitement par le repos et les moyens locaux;
- 2° Par l'incision simple;
- 3° Par la ponction au bistouri;
- 4° Par la ponction aspiratrice;
- 5° Par le pansement filiforme;
- 6° Par la méthode de Bier;

7° Par les rayons X ;

8° Par les injections médicamenteuses.

1° TRAITEMENT PAR LE REPOS ET LES MOYENS LOCAUX.

— On a préconisé de tout temps les pommades dites fondantes : les emplâtres de savon, de Vigo, de ciguë ; les cataplasmes froids, les lavements astringents et surtout les onctions mercurielles. La plupart de ces remèdes sont absolument inertes. Fournier n'attribue qu'une efficacité très douteuse et très contestable au *mercure* lui-même en temps qu'agent résolutif.

Melchior Robert faisait sur la tumeur une série de mouchetures à la pâte de Vienne et déterminait ainsi de petites escarres intéressant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; après la chute des escarres, il entretenait les plaies en suppuration par des pansements à l'onguent épispastique.

Les caustiques ne peuvent être d'aucune utilité contre le bubon chancreux : ils ne le font pas plus résoudre que toute autre méthode. De plus, ces plaies multiples et irrégulières sont très favorables à une inoculation chancreuse secondaire et à toutes ses complications.

Sergent et Fergusson ont beaucoup vanté la méthode de la compression et sont allés jusqu'à dire « qu'elle triomphait sans peine de tous les bubons à toutes les périodes et particulièrement à l'état de suppuration active. »

D'après Fournier, cette méthode est dépourvue de toute action contre le bubon chancreux ; elle est inopportune au dernier degré à la période de suppuration confirmée.

Il faut tout de même lui réserver le mérite de hâter la guérison, mais après l'incision.

La compression, recommandée jadis par Velpeau, est sans action au début pour arrêter le mal, mais très efficace au contraire après l'incision.

Alphonse Guérin vantait les vésicatoires ; il disait : « Il n'est pas un seul bubon traité par moi qui laisse de cicatrice. » D'après Fournier, ce procédé a été à juste raison et presque partout laissé de côté.

Nous ne citons que pour mémoire l'irrigation continue, l'électricité et la galvanopuncture.

2° INCISION SIMPLE. — La peau, rasée et lavée avec une solution antiseptique, sera ouverte dans toute la longueur du bubon ; la cavité sera également lavée avec une solution antiseptique forte, solution phéniquée à 1 p. 20, sublimé à 2 p. 1000, ou mieux encore chlorure de zinc à 1 p. 20 ; on appliquera ensuite un pansement iodoformé. Une antisepsie minutieuse au cours de l'opération et des pansements évitera la chancrellisation secondaire et permettra une cicatrisation relativement rapide. Panas et Terrillon recommandent de préférence l'incision perpendiculaire à l'arcade crurale. Cette incision, paraît-il, faciliterait mieux que l'autre l'évacuation du pus, l'accolement des parois de la cavité et les applications des pansements ou des topiques (?). Le docteur Queyrat ne partage pas cet avis ; pour lui, l'incision parallèle à l'arcade, suivant le sens des plis de la peau, doit être préférée, car elle donne des cicatrices aussi longues, mais moins larges et moins apparentes.

On n'est actuellement guère partisan de ces deux modes d'intervention, qui sont douloureux et brutaux et favorisent trop souvent la chancrellisation secondaire,

retardant ainsi la guérison du bubon, sans compter qu'ils laissent à désirer au point de vue esthétique. L'emploi du bistouri devient au contraire indispensable en cas de bubon chancrelleux, lorsque la peau amincie, décollée, fistuleuse devra être réséquée.

3° PONCTION AU BISTOURI. — Cette méthode donne beaucoup moins de chance à la chancrellisation secondaire de se produire ; les cicatrices qu'elle laisse sont très limitées et à peine apparentes. Il s'agit en effet d'une simple ponction au bistouri, qui faciliterait aussi bien l'évacuation du pus.

Après avoir rasé, savonné et lavé la peau à l'éther et à l'alcool, avec la pointe d'un bistouri on fait, au centre de la région fluctuante, parallèlement à l'arcade, une incision longue d'un demi-centimètre environ. Par compression le pus est exprimé ; on recouvre la plaie d'un pansement humide antiseptique et d'un bandage compressif. Malheureusement, ce procédé si simple n'abrège guère la durée du mal.

Le docteur Cordier allie à cette ponction la méthode des injections médicamenteuses. Le pus étant évacué, une injection modificatrice de 1 cent. cube d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50 est injectée dans le bubon, où elle est laissée. Un pansement iodoformé, recouvert d'un bandage légèrement compressif, termine l'opération. Ces pansements sont renouvelables tous les jours.

D'autres injections modificatrices ont été essayées : aucune n'a donné les résultats que l'on espérait. La ponction suivie de badigeonnage au chlorure de zinc à 1 p. 10 est certainement inférieure comme effet ; d'abord le procédé est plus douloureux ; puis, au point de vue

de la durée, si l'évolution du bubon est immédiatement arrêtée, la cicatrisation complète est plus longue et une induration de la région persiste assez longtemps.

Les injections phéniquées ont été également employées, soit sous forme d'eau phéniquée à 40 p. 100, soit suivant la formule de M. Gamel :

Acide phénique cristallisé...	10 gr.
Camphre	25 gr.

Ces injections ont le défaut de laisser à leur suite des indurations persistantes.

4° PONCTION ASPIRATRICE. — On a abandonné l'aspirateur de Dieulafoy et on pratique aujourd'hui l'aspiration à l'aide d'une seringue, instrument plus simple, bien suffisant pour la quantité de pus contenue dans un bubon.

Immédiatement après le premier temps, toujours le même (rasage, savonnage et lavage avec une solution antiseptique), on enfonce dans la partie la plus fluctuante du bubon une aiguille assez grosse pour que le pus n'en obstrue pas l'orifice, et à l'aide de la seringue on aspire le contenu de la cavité. On draine avec une mèche de coton imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 30 et l'on applique un pansement antiseptique et un bandage compressif. On répète la ponction toutes les fois que le pus se reforme, c'est-à-dire tous les deux ou trois jours. La durée pour la guérison est de 22 jours en moyenne.

Cette méthode si simple, indolore, donne de bons résultats au point de vue esthétique, mais elle a l'inconvénient de n'être efficace que lorsque le bubon est arrivé à une suppuration avancée. On y doit renoncer quand le

bubon est à son début, si l'on veut abréger la durée de la maladie.

D'autre part, l'issue du pus ne s'effectue pas toujours aisément, étant donné la présence assez fréquente de fongosités qui, malgré la grosseur de l'aiguille, peuvent en obstruer la lumière et rendre ainsi l'évacuation incomplète.

5° PANSEMENT FILIFORME.— Employé depuis bien longtemps, ce mode de traitement a donné quelques résultats. Il se pratique d'une manière différente suivant qu'on est en présence d'un bubon ouvert ou fermé.

Ouvert, on introduit par l'orifice un faisceau de crins de Florence qu'on laisse à demeure. Dès pansements secs sont faits tous les jours, après un petit lavage préalable de la poche.

Dans le cas d'un bubon fermé, on a alors recours, soit à une aiguille spéciale, soit à une simple aiguille courbe munie d'un crin qu'on fait passer à travers la poche. On fait suivre d'un pansement après avoir constitué un faisceau de 4 ou 5 crins.

On pourrait d'ailleurs faire passer les crins en rayon de roue à travers le bubon.

Par cette méthode, le contenu de la cavité est facilement évacué et les résultats sont assez satisfaisants au point de vue durée. Elle a toutefois l'inconvénient d'être douloureuse, de réclamer presque toujours une anesthésie et de laisser plusieurs cicatrices assez visibles.

6° MÉTHODE DE BIER. — Le professeur Bier recommande son procédé qui consiste en des ventouses composées d'une cloche de verre reliée à une poire de caoutchouc par un simple tuyau de la même substance,

long de 7 à 8 centimètres. Avec cette poire on peut produire un vide suffisant pour provoquer des ecchymoses et des suffusions sanguines.

La région, rasée et lavée avec une solution de sublimé ou d'oxycyanure, est enduite de vaseline afin de faciliter l'adhérence de la ventouse et de protéger la peau rasée contre les inoculations possibles, par écoulement de pus, dans le cas de bubon ouvert ou ponctionné. Après cela, on applique la ventouse en faisant un vide modéré, la peau devant à peine rougir. Au bout de cinq minutes, on retire l'appareil, qu'on replace après avoir laissé aux tissus le temps de se décongestionner. On reprend l'opération ainsi de suite pendant trois quarts d'heure environ.

La séance terminée, on fait sur le bubon un pansement antiseptique légèrement compressif et l'on ordonne au malade le repos au lit.

Quand le bubon est suppuré, on fait précéder l'opération d'une ponction évacuatrice.

On pratique tous les jours les mêmes séances jusqu'à la guérison.

Comme on le voit, sans tenir compte des résultats relativement satisfaisants, cette méthode laisse à désirer et présente pas mal de désavantages. Bier lui-même avoue qu'il faut une grande habitude de sa méthode pour arriver à des résultats vraiment bons. D'autre part, elle exige de la part du praticien, journellement, un temps considérable (une heure au moins pour chaque malade), ce qui la rendrait impraticable dans un hôpital où l'on peut avoir plusieurs malades à traiter simultanément. D'ailleurs la durée du traitement, qui est de 15 à 20 jours en moyenne, ne plaide pas en faveur de ce procédé.

7° RAYONS X. — Conseillée par Wittig dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, mai 1913, cette méthode donne, paraît-il, d'excellents résultats. Audry (de Toulouse) en recommande l'emploi. Nous n'avons malheureusement pas assez de documents pour juger de sa valeur. En tous cas, elle nous paraît d'une mise en pratique difficile et n'est pas toujours à la portée des praticiens. Les accidents qu'elle peut provoquer du côté de l'appareil génital suffisent à nous la faire rejeter.

8° INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES. — Les injections médicamenteuses les plus diverses ont été employées dans le but de perfectionner les méthodes de l'incision et de la ponction aspiratrice. Avec les unes, il faut attendre que le bubon soit suppuré pour porter le médicament dans sa cavité. Les autres permettent de chercher à devancer cette suppuration par des injections intra-ganglionnaires pratiquées dès le début de l'affection.

Hans publie deux observations de bubons suppurés guéris en 10 jours par des injections composées de deux parties de vin aromatique pour une de teinture d'iode.

Broca traitait les bubons en devançant la fluctuation et en incisant la tumeur avant même que la présence du pus fut décelée par son signe pathognomonique. Voici en quelques mots sa méthode : ponction au bistouri jusqu'au centre du ganglion, expression de la tumeur jusqu'au sang. Dans le but de prévenir l'inoculation chancreuse, Broca faisait suivre chaque jour l'évacuation du pus d'une injection iodée.

Les inconvénients de cette méthode sont nombreux :

1° L'incision prématurée est irrationnelle et illégitime, puisque nous savons que les bubons qui se développent

à la suite du chancre mou ne sont pas fatalement destinés à suppurer. Le bistouri portera sur une adénite simple, laquelle avait chance de se résoudre et ne réclamait en rien une intervention chirurgicale. On exposerait le malade à subir une opération inutile.

2° Cette opération est très douloureuse. Broca dit lui-même qu'un des malades soumis à ce traitement ne cessa, « *pendant toute l'opération, de pousser de véritables hurlements* ».

3° Il est difficile de tomber juste sur le ganglion qui, même à une époque assez rapprochée du début de l'inflammation, est parfois englobé et confondu dans l'empatement du tissu périphérique. On ne sait guère alors où porter le bistouri, et, l'incision faite, on n'est pas toujours sûr d'avoir pénétré, comme le recommande Broca, « *jusqu'au centre du ganglion* ».

En 1873, Jullien fit de son côté l'aspiration suivie d'injections phéniquées, sans en tirer, dit-il, grand avantage.

Goubeau vide la collection par ponction avec un petit trocart. Les brides qui pourraient rester sont dilacérées par des mouvements de circumduction de l'instrument; puis il injecte aussitôt après 2 cent. cubes de la solution d'arséniate de soude à 1 p. 100.

Dans ces derniers temps, Goubeau a modifié comme suit ce traitement: au lieu de se contenter d'injecter simplement la solution aqueuse d'arséniate de soude, comme précédemment, il additionne celle-ci d'une quantité égale d'éther. L'auteur est parvenu par ce moyen à diminuer encore de façon très appréciable la durée du traitement.

Tous ces procédés, d'ailleurs, s'ils comptent à leur

actif de remarquables succès, ont aussi à leur passif de lamentables et pénibles échecs.

Nous ne nous étendrons pas sur une foule d'autres traitements contre le bubon qui sont, et à juste titre, tombés dans l'oubli.

Nous avons vu que les complications du bubon (décollements, suppuration prolongée, cicatrices vicieuses et adhérentes, etc.) étaient dues à la transformation chancreuse. Quel sera donc le traitement rationnel de cette affection? Ce sera évidemment celui qui mettra le bubon suppuré à l'abri de la transformation chancreuse. Le traitement par la méthode des injections iodoformées nous paraît parfaitement remplir cette condition. Les divers temps du manuel opératoire sont en effet des conséquences nécessaires des principes établis de notre temps sur la pathogénie du bubon et de ses complications.

Pourquoi choisit-on de préférence l'iodoforme ?

Dubreuilh, s'appuyant sur les expériences très bien conduites de savants allemands, tout en mettant en doute les propriétés microbicides de l'iodoforme, lui reconnaissait des propriétés modificatrices des plaies dont il supprime les sécrétions et la mauvaise odeur.

Aujourd'hui, presque tous les chirurgiens admettent les propriétés antiseptiques de ce corps. On les attribue généralement à la décomposition lente de cette substance, au contact des matières organiques, en acétylène et en iode. Pour Behring, c'est à l'acétylène que l'iodoforme doit ses propriétés antiseptiques ; pour Nesser, c'est à l'iode naissant. Aussi n'hésitent-ils plus à introduire, même dans les plaies abdominales profondes, consécutives par exemple à une ovariectomie ou à une

hystérectomie, un tampon de gaze iodoformée, et les succès ne se comptent plus.

Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui démontré que l'iodoforme a des propriétés antiseptiques, modificatrices et anesthésiques.

Un autre avantage, c'est que cette substance peut être incorporée dans un véhicule approprié facilement injectable et perd, par le fait même, presque complètement son odeur qui s'opposait souvent à son emploi.

C'est donc la substance de choix pour le pansement à demeure de la poche bubonienne à parois anfractueuses et inertes, favorable au développement des cultures pathogènes et plus susceptible de donner naissance à des bourgeons charnus.

Nous arrivons maintenant aux trois modes de traitement suivis aujourd'hui dans presque tous les hôpitaux et qui méritent quelque attention. Elles sont toutes basées sur l'action de l'iodoforme sur le bacille de Ducrey et ne diffèrent entre elles que par le véhicule employé : pour l'une c'est l'éther, pour l'autre la vaseline, pour la troisième l'huile xylolée.

Nous allons successivement étudier ces divers procédés, en tâchant de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS D'ETHER IODOFORMÉ

Deux méthodes sont employées pour le traitement des bubons par l'éther iodoformé :

1° Celle de Humbert, qui consiste à injecter le liquide après évacuation du pus ;

2° Celle de Verneuil, qui consiste dans l'injection intra-ganglionnaire de la même solution sans évacuation du pus.

Cette dernière méthode ne conviendrait, d'après l'auteur, que pour les bubons de petit volume.

MÉTHODE HUMBERT. — Manuel opératoire très simple : Ponction de la tumeur avec un trocart afin de permettre l'écoulement du pus. Lavage à l'acide borique ou avec une autre solution antiseptique, et injection d'éther iodoformé. La quantité employée varie suivant le volume de la cavité. Le trop-plein du liquide ainsi que les vapeurs éthérées refluant librement par la canule, les injections multiples sont sans inconvénients ; elles ont l'avantage de déposer une couche plus épaisse d'iodoforme à la surface et dans toutes les anfractuosités de la poche pu-

rulente. On applique un pansement sec à la ouate (de préférence hydrophile), fortement compressif. L'auteur recommande le repos le plus absolu, ce qui n'est malheureusement pas toujours facile à obtenir du malade ; on éviterait ainsi les mouvements de flexion de la cuisse dont le moindre détermine un frottement, un décollement des parois de l'abcès dont on cherche à provoquer la réunion immédiate.

(Du reste, cette remarque s'applique aux trois méthodes dont nous nous occupons.)

Si le pansement ne se dérange pas, on peut le laisser en place pendant trois jours. Quand on le renouvelle, on constate une réduction notable de la tumeur, grâce à un commencement de cicatrisation qui s'est opéré la plupart du temps à la périphérie de l'abcès, de telle sorte que sa partie centrale reste seule décollée et fluctuante. Tant qu'il y a du pus, on procède comme pour la première intervention et on rétablit la compression.

L'amélioration est progressive et la durée du traitement est ainsi abrégée, car l'action de l'injection est durable, l'éther tapissant toute la surface du foyer purulent d'un dépôt permanent d'iodoforme qui constitue un véritable pansement interne.

L'avantage de cette méthode sur l'incision, c'est qu'elle ne laisse pas de trace qui, dans cette région, est considérée, bien que souvent à tort, comme le stigmate d'une maladie vénérienne.

MÉTHODE VERNEUIL. — Après avoir lavé bien soigneusement le bubon avec une solution de sublimé, on y injecte 2 à 4 cent. cubes d'éther iodoformé. Contrairement à la méthode précédente, on ne fait pas de pansement et on n'établit pas la compression. De suite après l'injec-

tion, on voit la poche se distendre par les gaz ; cette distension est suivie d'une douleur assez vive qui dure de 2 à 3 heures. Il est rare qu'une seule intervention suffise ; le plus souvent on est obligé d'intervenir à nouveau. Cette seconde opération ramène de nouvelles douleurs ; c'est le grand inconvénient de cette méthode, car, comme nous le verrons plus loin, la marche vers la guérison est très rapide.

Nous citerons à la fin de ce travail quelques observations empruntées à ces auteurs. Bien qu'elles nous paraissent très satisfaisantes au point de vue de la durée, elles n'en offrent pas moins quelques inconvénients.

MM. Verneuil et Humbert ne tiennent pas assez compte des conditions indispensables d'occlusion et d'isolement de la plaie du bubon. De plus, leur procédé est extrêmement douloureux, car l'éther, outre sa grande volatilité, distend la poche, comprime les tissus enflammés et détermine chez certains malades des douleurs parfois intolérables et qui peuvent se prolonger fort longtemps, d'autant plus que ces sujets ont déjà souffert pendant les deux temps qui précèdent l'injection : la ponction et l'expression.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE VASELINE IODOFORMÉE

Cette méthode est due au médecin principal Fontan. Elle nous paraît répondre à toutes les conditions exigées pour empêcher les complications que nous avons citées plus haut.

Voici en quoi consiste cette méthode. Elle peut se décomposer en six temps :

Premier temps : Lavage antiseptique de la région opératoire.

Deuxième temps : Ponction au bistouri à lame étroite.

Troisième temps : Expression complète du pus par la malaxation du bubon.

Quatrième temps : Lavages répétés de la poche au van Swieten dédoublé.

Cinquième temps : Injection de vaseline iodoformée, liquéfiée à 45° au bain-marie (1 d'iodoforme pour 10 de vaseline).

Sixième temps : Pansement occlusif.

PREMIER TEMPS. — Après avoir rasé la région opératoire on la savonne soigneusement, puis on fait plusieurs lotions à la liqueur de van Swieten.

DEUXIÈME TEMPS. — Pour la ponction, on se sert d'un bistouri droit à lame étroite, qu'on enfonce verticalement de 1 à 1 cm. 1/2 au point le plus fluctuant.

TROISIÈME TEMPS. — Aussitôt la ponction faite, on a recours à l'expression. C'est là un temps très important de l'opération qu'il ne faut pas négliger. L'évacuation complète du pus est la condition indispensable d'une guérison rapide. Pour la pratiquer, on prend le bubon à pleine main et on exerce une pression lente, méthodique sur tous les points de la circonférence de la tumeur, jusqu'à l'issue d'une sérosité fluide légèrement teintée de sang. Cette malaxation est parfois douloureuse, surtout si l'on agit sur un bubon très enflammé ou peu ancien. Dans ce cas, Fontan a essayé l'injection de quelques centigrammes de cocaïne autour du bubon, et il a ainsi beaucoup atténué la douleur.

QUATRIÈME TEMPS. — La poche complètement évacuée, on lave son contenu avec une solution de van Swieten dédoublé, portée à 45°. Ce lavage a deux buts :

1° Déterger complètement la cavité des détritüs sphacelés et du reliquat des matières purulentes que la malaxation n'aurait pu chasser ;

2° Aseptiser la poche du bubon en s'introduisant dans toutes les anfractuosités.

CINQUIÈME TEMPS. — La vaseline iodoformée, liquéfiée au bain-marie, est injectée lentement dans la cavité à l'aide d'une seringue en verre. Il est nécessaire que la poche du bubon soit remplie, mais non distendue.

SIXIÈME TEMPS. — Immédiatement après l'injection, on applique sur la plaie un tampon de coton imbibé de solution mercurielle froide. Par sa température, ce pansement aide la vaseline à passer rapidement à son état primitif. On termine en recouvrant d'un morceau de

gutta-percha laminée et en maintenant le tout en place par un spica.

Cette méthode rationnelle est susceptible, à notre avis, de quelques modifications.

Au premier temps, après avoir rasé la région opératoire, un simple badigeonnage à la teinture d'iode nous paraît plus simple et plus efficace, au point de vue aseptique. De plus, si l'on a affaire à des sujets pusillanimes, une petite quantité de chlorure d'éthyle en jet, avant la ponction, sur la région opératoire souvent douloureuse, semble être d'une certaine utilité. On pourrait, chez les mêmes sujets, administrer un peu de chloroforme avant l'expression.

Nous pensons, en outre, qu'il est avantageux que l'ouverture pratiquée ne soit pas trop réduite, car elle s'opposerait à la sortie du pus, pour peu que celui-ci soit épais. Il tendrait au contraire à s'infiltrer du côté opposé à la pression exercée par les doigts et à distendre la poche, créant ainsi un plus grand décollement.

La fermeture de la plaie ne s'accomplit qu'en l'absence de pus dans la cavité. Parfois on a l'impression d'une véritable cicatrisation, et l'on est tenté de pratiquer une nouvelle ponction au foyer encore fluctuant ; on l'éviterait en cherchant par tâtonnement, à l'aide de la pointe mousse d'un stylet, à découvrir la première plaie souvent masquée par une croûte.

Le quatrième temps de la méthode Fontan pourrait être supprimé sans inconvénient, au profit du malade auquel elle épargnerait de nouvelles souffrances.

Le pansement occlusif dont se sert l'auteur nous paraît insuffisant, et nous partageons l'opinion de MM. Boyer et Henric qui préconisent l'emploi d'un

pansement au collodion, qui donne en effet une excellente occlusion. Cependant, la poudre d'iodoforme dont ils saupoudrent la région avant le pansement nous paraît inutile; car la plaie laisse toujours suinter un peu de vaseline iodoformée qui jouera le même rôle antiseptique, tout en évitant à l'entourage du malade une odeur désagréable.

« Les suites de cette petite opération, disait M. Fontan, sont tellement simples et tellement rapides qu'elles sont un sujet d'étonnement pour les médecins qui viennent visiter notre service. » (*Archives de médecine navale*, juillet 1889.)

Cet étonnement est légitime en présence des résultats obtenus par cette méthode. Dès les premières heures, et parfois même presque immédiatement après l'injection, toute douleur disparaît, alors qu'au contraire, avec les anciens traitements, les douleurs occasionnées par le bubon qui s'ulcère persistent pendant plusieurs jours. Cette abolition de la douleur est probablement due à l'action anesthésiante de l'iodoforme qui a pénétré dans les moindres recoins de la poche, la vaseline servant de véhicule.

Les symptômes phlegmoneux, s'ils existaient, sont amendés dès le lendemain; la région reprend alors son aspect presque normal et l'amélioration va croissant.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — Cette méthode dont nous venons d'exposer les principes ne réussira pas évidemment si le bubon est une adénite suppurée d'origine tuberculeuse ou syphilitique, ou si, même en étant d'origine purement vénérienne, il est trop ancien. Dans ces cas, les fongosités qui divisent la poche en une multitude de petites loges suppurantes, les décollements

multiples, le mauvais état des tissus circonvoisins nécessitent une ouverture par large incision, des débridements, un râclage vigoureux à la curette, et même une cautérisation active au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc. L'auteur de la méthode fait lui-même remarquer que son traitement n'est indiqué que dans les cas de bubon par lymphangite consécutif au chancre mou, et non dans les cas de dégénérescence ganglionnaire spécifique; suppurant pour une cause quelconque.

Toutes les fois qu'un ganglion induré, longueux ou scléreux, peut être senti sous la suppuration, le procédé Fontan est insuffisant et l'on doit recourir au curettage ou à l'énucléation.

Voici une statistique comparative fournie par cet auteur, qui paraît concluante.

De 1889 à 1894, sur 183 bubons opérés suivant la méthode Fontan à l'hôpital Saint-Mandrier :

123 ont guéri en moins de 10 jours

30 ont mis de 10 à 15 jours

8 — 15 à 20 —

6 — 20 à 30 —

enfin 16 opérations, avec rechute ont été considérées comme des succès et ont nécessité un autre traitement.

Durant le même laps de temps, sur 116 bubons opérés selon les différentes méthodes (longue incision, lavage à l'iodure de potassium, drainage, lavage bichloruré, mèche d'iodoforme, naphtol camphré, etc., etc.) :

10 ont guéri en moins de 10 jours

12 ont mis de 12 à 15 jours

25 — 15 à 20 —

28 — 20 à 30 —

41 — 30 à 190 —

A Montpellier, dans le service de M. le professeur

Vedel, comme on le verra par les quelques observations détaillées qui suivront, la moyenne de la durée du traitement par la méthode Fontan a été d'environ 8 jours.

Nous pouvons donc conclure : La guérison d'un bubon opéré suivant cette méthode est à peu près certaine dans une huitaine de jours, d'abord si le chirurgien est intervenu à temps et ensuite s'il a suivi exactement la technique opératoire.

Nous ne nous étendrons pas sur les avantages de la méthode, nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit plus haut. Elle est recommandable :

- 1° Par sa facilité d'application ;
- 2° Par la guérison extrêmement rapide qu'elle entraîne ;
- 3° Par la rareté des récidives et des complications ;
- 4° Enfin, par l'absence de cicatrice visible.

Le seul inconvénient serait de laisser une induration qui, il est vrai, est longue à se résorber, mais qui au fond ne gêne en rien le malade.

Passons maintenant à l'étude de la troisième méthode : le traitement des bubons par l'huile xylo-iodoformée, qui n'est autre qu'une modification de la méthode précédente.

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS D'HUILE XYLO-IODOFORMÉE

Le mode opératoire ne diffère de celui de Fontan que dans certains temps de l'intervention.

C'est à Hudelo et Rabut que nous devons l'emploi de l'huile xylo-iodoformée. Ces auteurs attribuent à ce corps une propriété qui répond à leurs desiderata. A leur dire, cette émulsion, après l'injection, irrigue toutes les parois de la poche et se répand dans tous les recoins y laissant, grâce au xylol, une quantité notable d'iodoforme.

MODE OPÉRATOIRE. — *Comment faut-il opérer ?*

Il faut que l'ouverture soit suffisante pour l'évacuation du pus et des tissus en voie de fonte purulente. C'est pourquoi on doit rejeter le trop petit orifice d'un trocart et utiliser le bistouri. Mais il convient, dans le double but d'une cicatrisation rapide et esthétique, que cette incision soit réduite. Il s'agit en somme d'une ouverture de 6 à 8 millimètres.

L'incision faite, il faut évacuer le contenu ganglionnaire, c'est-à-dire non seulement le pus, déjà existant, mais tous les tissus en voie de fonte purulente. Dans

ce but, certains auteurs ont préconisé l'usage de la curette ; mais elle nous paraît inutile et même nuisible si elle s'attaque au tissu cellulaire sous-jacent à la peau, que l'on prive ainsi de ses moyens de nutrition.

C'est à l'expression qu'il faut recourir (comme dans la méthode précédente), tout comme l'on vide le contenu d'un furoncle, et c'est là un temps capital de l'intervention sur lequel ont déjà insisté depuis longtemps les différents auteurs.

Cette expression doit être énergique pour être complète, et c'est faute de l'avoir poussée avec la vigueur voulue que l'on peut expliquer les échecs de la méthode. Elle présente l'inconvénient d'être assez douloureuse ; mais, si l'on est en face d'un sujet sensible, rien n'est plus facile que de lui administrer quelques bouffées de chlorure d'éthyle pour une anesthésie rapide. (Dans le service de M. le professeur Vedel nous n'avons pas eu l'occasion d'y avoir recours.)

Après avoir évacué le contenu de la cavité, on injecte, par l'orifice, de l'huile xylo-iodoformée dont la formule, due à Bory, est la suivante :

Iodoforme	1
Xylol	10
Huile d'olive	40

avec une seringue de 5 ou 10 cent. cubes, de façon à irriguer toutes les parois. La quantité injectée varie suivant le volume et le décollement du bubon.

Ceci fait, on panse à plat, l'expérience ayant montré à Hudelo et Rabut que la mèche préconisée par Bory entretenait le décollement, tout comme la vaseline sous tension.

Quand faut-il intervenir ?

Lorsque, après l'échec des traitements abortifs, il est

avéré que l'adénite est suppurée. Mais il paraît préférable de ne pas attendre, comme il est généralement recommandé, le ramollissement complet du ganglion. Quand la fluctuation intéresse toute la poche, que la peau est rouge, amincie, de vitalité diminuée, on risque fort le décollement ultérieur, la fistulisation et par suite le débridement chirurgical. Il faut savoir entrer en scène au moment où le ganglion commence à se ramollir, alors que la peau est encore sous-tendue par son tissu cellulaire.

Suites opératoires. — Les jours suivants, on doit renouveler l'injection sans forcer, jusqu'à ce que soit tarie la suppuration et réalisé l'accolement des parois de la poche. Ce qui, au dire des auteurs, survient, dans les cas favorables, vers le deuxième ou le troisième jour.

On abandonne alors l'huile xylo-iodoformée impropre à la cicatrisation, pour recourir à la pommade de Mencièrre qui activera le travail de réparation.

Il est important, les premiers jours, de laisser le malade au repos complet, c'est-à-dire au lit ; mais, après le troisième ou le quatrième jour, il peut se lever et reprendre ses occupations.

Hudelo et Rabut, sur 17 cas qu'ils ont opérés par cette méthode, donnent (*Presse médicale*, 12 novembre 1919) les résultats suivants :

3 insuccès où le décollement persistant nécessite un débridement chirurgical.

Dans les autres, 7 cicatrisations dans le délai d'une semaine, dont 3 au quatrième jour ;

6 cicatrisations en moins de 15 jours ;

Et enfin 1 en trois semaines.

Nos observations personnelles nous ont donné approxi-

mativement la même durée pour la guérison, qui est de 9 à 12 jours en moyenne.

Si le résultat nous paraît encourageant, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue de la durée du traitement et sa facilité d'application, il ne faut pas perdre de vue la part des insuccès, qui s'élèvent, d'après la statistique même des auteurs, à 17,5 p. 100, alors que pour la méthode précédente on n'en comptait que 7,5. Sur nos cinq observations personnelles nous notons un insuccès.

On pourrait reprocher à cette méthode d'exiger une opération journalière et par suite des pansements fréquents, et cela sans avantages sur les autres méthodes qui ne réclament que de rares interventions.

Passons maintenant aux observations relatives à chacune des trois méthodes que nous venons d'exposer. Nous indiquerons ensuite, dans nos conclusions générales, celle qui nous paraît mériter notre préférence.

OBSERVATIONS

Traitement par l'huile xylo-iodoformée

Service de M. le professeur Vedel

Hôpital Général

OBSERVATION I

Pierre B..., 26 ans, ébéniste, entre à l'Hôpital Général le 13 février 1920, atteint de chancres mous au niveau du fourreau et du filet, ainsi que d'une adénite suppurée à droite avec large décollement.

Le 14 février, après ébarbage et asepsie de la région (badigeonnage à la teinture d'iode), nous pratiquons, à l'aide du bistouri étroit, une ponction qui donne issue à une notable quantité de pus. Une fois ce premier temps terminé, nous exprimons la cavité jusqu'à vacuité aussi complète que possible. Nous injectons ensuite l'huile xylo-iodoformée à l'aide d'une seringue, lentement, et nous appliquons un pansement plat suivi d'un spica. Comme nous nous trouvons en présence d'un

sujet pusillanime, la ponction est précédée d'une anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Les jours suivants, même mode opératoire. Au pus qui tend à diminuer de plus en plus est mélangée une assez grande quantité du liquide injecté.

Le 22 février, le malade se plaint de grands élancements accompagnés de douleurs qui sont calmées par l'application de compresses humides chaudes.

23. — Amélioration. Pas de douleur.

24. — Formation d'un tissu cicatriciel du côté externe, tandis qu'un nouveau foyer fluctuant s'observe à la partie interne, tendant à s'infiltrer du côté des bourses.

Le même jour, nous ponctionnons le nouveau foyer suppuré et continuons le traitement.

Trois jours après, c'est-à-dire le 27 février, le malade était guéri, porteur d'une cicatrice à peine appréciable et d'une induration très peu accentuée.

La durée du traitement (12 jours) a été certainement influencée par le grand décollement et le double foyer suppuré.

OBSERVATION II

Giuseppe G..., 16 ans, commis, entre à l'hôpital le 18 février 1920, atteint de deux chancres mous : un situé sur le gland, l'autre à droite du frein.

Le malade s'est aperçu il y a quelques jours de la présence dans l'aîne droite d'une tumeur le gênant à la marche.

Le lendemain de son entrée, cette adénite présentait un point fluctuant que nous avons ponctionné et injecté

le même jour à l'huile xylo-iodoformée. Ce malade portait dans cette région une cicatrice de 6 centimètres, trace d'un ancien bubon opéré par incision.

Les 21, 22 et 23, même traitement après expression qui a donné issue à une grande quantité de pus.

24. — Nous remarquons que l'ancienne cicatrice participe à la suppuration.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore et le pus a tendance à disparaître.

Le 29, guérison. Pas de cicatrice nouvelle, la première ayant conservé son aspect antérieur.

Durée du traitement : 11 jours.

OBSERVATION III

Paul M... entre au service le 12 février 1920, pour chancre mou du frein datant de 12 jours et bubon du côté gauche.

A son entrée, le bubon atteint presque la dimension d'un œuf de poule.

13 février. — Opération, toujours par la même méthode. Rien de particulier à noter, sinon l'issue d'une grande quantité de pus.

Les 14, 15, 16 et 17, même traitement. Par la pression on fait sourdre du pus mélangé à de l'huile. L'aspect extérieur de la tumeur redevient normal ; pas de rougeur ni d'empâtement.

18. — Amélioration notable.

Le 22, fermeture de la plaie. Sortie du malade guéri

(9 jours après l'opération) sans cicatrice apparente ni induration.

OBSERVATION IV

Pierre C..., 19 ans, entre à l'hôpital le 23 mars 1920, atteint de chancres mous en couronne avec bubon double suppuré à gauche.

Ponction au bistouri le 25 mars, donnant issue à une quantité abondante de pus. Après l'expression, nous constatons un suintement de sang pur que nous arrêtons par l'injection d'huile xylo-iodoformée et le pansement compressif.

26. — Rien de particulier, sinon grande suppuration.

27. — A l'expression, du sang pur s'échappait par l'orifice de la ponction. Pas de pus, ce qui nous donne l'illusion d'une prochaine guérison.

28. — Nouvelle issue d'un peu de pus suivi d'un liquide séreux.

Le 31, guérison (6 jours après l'opération), ne laissant aucune induration ; au contraire, parois très souples.

OBSERVATION V

A... ben M..., 24 ans, militaire, entre à l'hôpital le 20 février 1920, atteint de gale, chancres mous, lymphangite de la verge et bubon à droite avec énorme décollement.

Le lendemain de son entrée, nous instituons notre traitement : ponction, expression, injection d'huile xylo-iodoformée.

Les cinq premiers jours qui suivent l'opération, nous constatons une tendance à l'amélioration. Mais bientôt l'état du malade va en empirant, et un nouveau foyer fluctuant se forme à la partie interne de l'aîne, nous amenant à pratiquer une nouvelle ponction. La peau était aminci et très enflammée.

Le 1^{er} mars, bourgeonnement du point ponctionné que nous touchons au crayon de nitrate d'argent. Décollement considérable.

2. — Ouverture spontanée d'un troisième foyer suppuré situé à la partie supérieure du premier. A ce moment, les trois ouvertures communiquant, les injections d'huile xylo-iodoformée nous paraissent inutiles, le liquide injecté par un orifice s'échappant par les deux autres.

Devant l'inefficacité du traitement et les complications qui s'ensuivirent, nous abandonnons le xylol iodoformé pour recourir à l'incision, aux lavages à l'eau oxygénée et aux injections de nitrate d'argent.

Le 9 mars, légère amélioration. Lavage de la poche et pansement à la poudre d'iodoforme.

12. — L'air chaud semble avoir donné quelque amélioration.

Le 13, le malade, en voie de guérison, quitte l'hôpital.

Traitement par la vaseline iodoformée

Service de M. le professeur Vedel

Hôpital Général

OBSERVATION I

Auguste X..., 25 ans, ouvrier, entre à l'Hôpital Général de Montpellier, le 12 février 1920, porteur d'une adénite inguinale droite, conséquence d'un chancre au prépuce survenu 4 jours après un coït impur.

A son entrée, on constate dans l'aîne droite une tumeur du volume d'un œuf de poule. La peau est soulevée, rouge et chaude, le malade accuse des douleurs et la marche est presque impossible. La fluctuation est manifeste. On décide d'évacuer le pus et de traiter l'adénite par la méthode préconisée par M. le médecin principal Fontan, dans les *Archives de médecine navale*.

Le 14 février, après avoir rasé la région inguinale et l'avoir badigeonnée à la teinture d'iode, nous ponctionnons la peau avec un bistouri étroit ; le pus, qui est superficiel, sort en abondance et bien lié. Nous exprimons le ganglion, tout comme l'on vide le contenu d'un furoncle, jusqu'aux dernières gouttes de pus, et nous injectons dans la dite cavité de la vaseline iodoformée, liquéfiée au préalable au bain-marie. La poche ainsi remplie, sans distension des parois, nous appliquons sur la région un pansement occlusif avec gaze enduite de collodion et maintenu par un spica.

L'opération terminée, le malade est grandement soulagé. Un quart d'heure après, toute douleur a disparu.

Trois jours après, c'est-à-dire le 17 février, le pansement est enlevé. La plaie d'ouverture est invisible ; nous la cherchons en y introduisant l'extrémité mousse d'un stylet et nous exprimons de nouveau le contenu constitué par de la vaseline mélangée à un peu de pus.

Nous pratiquons une nouvelle injection et nous pansons comme nous l'avons fait la première fois.

Le 21 février, 7 jours après l'opération, le malade quitte le service complètement guéri. Pas de cicatrice mais simplement une légère induration.

OBSERVATION II

Martin X..., 17 ans, coiffeur, entre à l'Hôpital Général, salle Ricord, le 8 novembre 1919, atteint de deux chancres mous : un à la racine de la verge, l'autre à la partie inférieure du prépuce, à droite du frein, et consécutivement d'une adénite du côté gauche.

Le 15 novembre, la fluctuation existant, la ponction est faite comme précédemment, après badigeonnage à la teinture d'iode. Issue d'une quantité notable de pus mélangé à du sang. Expression et expulsion des dernières gouttes de pus. Temps assez douloureux. Injection de vaseline iodoformée, pansement.

17. — Issue à la pression d'un peu de pus.

19. — Persistance d'un peu de pus.

21. — Amélioration notable. Plus d'inflammation.

Le 23, guérison. Le malade sort complètement guéri,

8 jours après l'opération. Pas de traces, sauf une légère induration.

OBSERVATION III

Nicolas B..., âgé de 33 ans, tailleur, entre dans le service de M. le professeur Vedel, le 5 janvier 1920, pour chancres mous.

Le 1^{er} février, apparition à l'aîne gauche d'un gros ganglion dur non suppuré.

Le traitement abortif institué n'empêcha pas l'évolution de l'adénite.

Le 11 février, le bubon est collecté. Le malade particulièrement sensible se plaignait de vives douleurs. Après asepsie et anesthésie locale au chlorure d'éthyle, nous ponctionnons la tumeur au bistouri et nous faisons suivre l'expression d'une injection de vaseline iodoformée. Pansement occlusif, même procédé.

Le 13 et le 16, même opération.

Le 18, la vaseline est exprimée. Pas de cicatrice, assez grande induration. Le malade quitte l'hôpital le 20 février complètement guéri, 9 jours après l'opération.

OBSERVATION IV

Auguste R..., 18 ans, entre à l'Hôpital Général le 29 décembre 1919, atteint de phimosis, chancres mous en couronne et bubon à gauche.

Le 1^{er} janvier, le bubon présente son signe pathognomonique, la fluctuation. Ponction le même jour, injection de vaseline iodoformée.

3. — Grande quantité de pus mélangé à la vaseline. Aspect extérieur assez mauvais, peau rouge très enflammée.

5. — Amélioration, pus diminué. Meilleur aspect.

8. — Injection ; pansement. Rien de particulier.

Le 12 janvier, le pansement est défait. Guérison complète. Sortie du malade 12 jours après l'opération.

Notre collègue et ami Siméon, interne du service, a opéré quelques cas de bubons suppurés. Ils ont tous été guéris en moins de 12 jours. Malheureusement les détails nous manquent.

OBSERVATION V

André S..., 35 ans, cultivateur, vient en consultation à l'Hôpital Général, le 24 novembre 1919, atteint de phimosis et de chancres mous au prépuce. A la palpation on sent une petite masse indurée, et présentant une adénopathie inguinale des deux côtés, plus marquée à gauche (petits ganglions indolores).

Wassermann le 26 novembre : négatif.

Entré à l'hôpital le 17 décembre 1919.

20 décembre. — Wassermann négatif.

3 janvier 1920. — Wassermann négatif.

28 janvier. — Apparition d'un bubon suppuré. Ponction, et injection de vaseline iodoformée ; pansement occlusif.

30. — Pansement défait. Issue d'une assez grande quantité de pus. Expression minutieuse. Nouvelle injection.

1^{er} février. — Même mode opératoire.

3. — Fermeture de la plaie. Pas de rougeur ni d'empatement.

Le 4, sortie du malade guéri, avec cicatrice invisible. Guérison en 7 jours.

OBSERVATION VI

Louis A... entre à l'hôpital le 2 décembre 1919, pour chancres mous du méat et du frein, et bubon consécutif survenu en même temps, situé dans l'aîne du côté gauche. Ce bubon est de la grosseur d'une grosse noix.

A l'examen, il est dur, rouge, douloureux, à peine fluctuant, et gêne le malade dans la marche.

Application de teinture d'iode après ébarbage de la région. Ponction, expression. Injection de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

Le 5 décembre, même opération. Peu de pus.

7. — Aspect normal. Pas de rougeur.

Le 9, le malade sort guéri. Cicatrice invisible.

Traitement par l'éther iodoformé

Service de M. le Dr Verneuil

(Verneuil, cité par Echstorff)

OBSERVATION I

M..., âgé de 26 ans, entré le 8 décembre 1888, salle Michon, lit n° 23.

Le malade porte dans l'aîne droite un bubon datant de trois semaines, consécutif à un chancre mou du filet.

La peau est luisante, rouge foncé, amincie ; on sent nettement la fluctuation, indice de la formation du pus.

10 décembre. — Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, on fait une première injection d'éther iodoformé, sans faire préalablement l'évacuation du pus, vu le petit volume de l'abcès, espérant arriver ainsi à obtenir la résorption du pus.

14 décembre. — Toute la zone d'induration qui entourait le ganglion enflammé a disparu ; en même temps, moins de rougeur. On fait une nouvelle injection d'éther iodoformé (deux seringues de Pravaz).

20 décembre. — Disparition complète de la fluctuation et pas de cicatrice visible.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION II

La nommée E. M..., âgée de 21 ans, entre le 19 février 1889, salle Lisfranc, lit n° 10.

Bubon dans l'aîne gauche, datant de trois semaines, consécutif à une vaginite.

La peau qui recouvre le ganglion malade est rouge mais peu amincie. Il y a de l'empâtement tout autour et une zone d'induration peu étendue.

La douleur a été très vive dès l'apparition du bubon, et a augmenté considérablement les huit derniers jours. En ce moment elle est lancinante, s'irradiant vers les cuisses.

Le ganglion est ramolli, et on sent facilement la fluctuation. Le ganglion situé au-dessous est pris, mais n'a pas subi le ramollissement.

Le 20 février, injection d'éther iodoformé, sans évacuation préalable du pus, et sans compression vu le peu d'étendue de l'adénite. L'injection est encore suivie de douleurs assez vives, dues à la distension de la poche par les gaz.

25 février. — Pas de fluctuation, pas d'empâtement ; la rougeur s'efface de plus en plus.

La malade, sur sa demande, quitte l'hôpital le 28 février. Le 9 mars, elle revient se montrer. Il n'y a pas de cicatrices visibles, et la guérison est considérée comme complète.

Service de M. le Dr Humbert

(Humbert, cité par Echstorff)

OBSERVATION III

D..., 25 ans, entre le 21 juillet 1887, salle 2, lit n° 13.

Deux gros bubons suppurés : l'un, à gauche, ouvert spontanément ; l'autre, à droite, extrêmement fluctuant, datant de six semaines, consécutifs à des chancres simples, de deux mois et demi, actuellement cicatrisés.

24 juillet. — Ponction et injection d'éther iodoformé.

27 juillet. — Pansement. Une très petite quantité de liquide séro-purulent s'écoule par l'orifice de la ponction.

1^{er} août. — Il sort à peine quelques gouttes de sérosité pure.

Deux jours plus tard, la guérison est complète.

OBSERVATION IV

V..., 22 ans, entré le 8 août, salle 14, lit n° 1.

Bubon gauche, entièrement suppuré, datant de trois semaines, consécutif à un chancre simple qui a paru il y a un mois.

10 août. — Ponction et injection d'éther iodoformé.

13. — Il n'y a pas trace de liquide. La cicatrisation est complète d'emblée.

15. — Même état. Guérison sans récédive.

OBSERVATION V

R..., 18 ans, entré le 18 juillet, salle 2, lit n° 8.

Bubon gauche, datant de huit jours, consécutif à un chancre simple.

Du 18 au 30 juillet. — Le bubon se ramollit et devient fluctuant, malgré le repos, les badigeonnages iodés et la compression.

30. — Ponction et injection d'éther iodoformé.

3 août. — L'accolement des parois du foyer purulent est à peu près complet. Au point ponctionné, il reste un petit orifice qui donne issue à une faible quantité de liquide séreux.

On ne fait pas de nouvelle injection. On se borne à rétablir la compression.

Quatre jours plus tard, la guérison est complète.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Les méthodes de traitement, par l'iodoforme, des lésions produites par le bacille de Ducrey et de leurs complications présentent, à en juger par les statistiques, tous les caractères d'une médication quasi spécifique.

Elles sont très faciles à appliquer, n'exigeant de la part du praticien aucune connaissance spéciale nécessaire à son application. De plus, elles permettent d'abréger dans une proportion très considérable le séjour des patients à l'hôpital.

Quoique ces trois méthodes se basent sur l'action unique de l'iodoforme, elles sont loin de se valoir. Considérant en effet chaque méthode en particulier, ses avantages et ses inconvénients, on n'est pas embarrassé pour se prononcer en faveur de l'une d'elles.

L'éther iodoformé, très facilement applicable, donnant de bons résultats, réduisant passablement la durée de la maladie, serait encore préconisé s'il ne présentait pas le grand inconvénient d'être d'un emploi très douloureux.

Quant à la nouvelle méthode qui emploie l'huile xylo-iodoformée, nous croyons, malgré le petit nombre

d'observations qu'il nous a été possible de relever, qu'elle ne présente aucune supériorité sur la méthode précédente, bien au contraire. La durée de la maladie n'est pas plus abrégée et les résultats sont moins heureux. Elle présenterait l'inconvénient d'exiger une intervention journalière, ce qu'on cherche à éviter.

L'idéal serait d'avoir une méthode réunissant les avantages de l'une et de l'autre, tout en évitant leurs inconvénients.

La méthode Fontan nous paraît répandre à nos desiderata ; son application facile, le nombre restreint d'intervention (l'opération ne se faisant que tous les deux ou trois jours, et même davantage), la courte durée de la maladie, les pansements occlusifs rares, qui s'opposent à toute chance d'inoculation secondaire, l'absence de cicatrice, l'extrême rareté des complications font de cette méthode la méthode de choix.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 5 mai 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 4 mai 1920.

Pour le Doyen :

Le Professeur délégué,

TÉDENAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA. — Du traitement des bubons vénériens suppurés (Bull. de therap., 1854).
- FOURNIER. — Dictionnaire Jaccoud, art. Bubon.
— Traitement du bubon chancrelleux (Annales de Dermat. et de Syphiligr., 1887, p. 1173).
- FOURNIER (Henri). — Trait. du bubon vénérien par l'hyperhémie au moyen de la ventouse de Bier (Thèse de Paris, 1907).
- GAMEL. — Trait. du bubon (Semaine médicale, 1892).
- HENRIC. — Trait. du bubon par inject. de vaseline iodoformée.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes. Conduite à tenir dans certains cas de bubons.
- LEGRAND. — Trait. rapide du bubon suppuré par incision, expression et suture immédiate.
- POIRSON (René). — Trait. des chancres mous et du bubon chancrelleux aux armées (Thèse de Paris, 1917).
- REYNAUD (de Toulon). — Nouvelles observations sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires (Gaz. médic., 1835).
- VELPEAU. — Mémoire sur les maladies du système lymphatique (Arch. gén. de méd.).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
